

Nº	Perguntas	Opções	回答
1	Como vocês está de saúde atualmente?	① Bem ② Mais ou menos bem ③ Normal ④ Não muito bem ⑤ Mal	
2	Está satisfeito com sua rotina diária?	① Satisfeito ② Mais ou menos satisfeito ③ Mais ou menos insatisfeito ④ Insatisfeito	
3	Está comendo 3 refeições diariamente?	① Sim ② Não	
4	Passou a ter dificuldades em comer alimentos mais duros (*), em comparação com 6 meses atrás? * Tiras de lula, nabo em conserva etc.	① Sim ② Não	
5	Às vezes engasga ao tomar chá ou sopas?	① Sim ② Não	
6	Emagreceu de 2 a 3kg nos últimos 6 meses?	① Sim ② Não	
7	Sua velocidade para caminhar diminuiu em relação ao passado?	① Sim ② Não	
8	Sobre alguma queda no último 1 ano?	① Sim ② Não	
9	Está fazendo atividades físicas, como caminhadas, 1 vez ou mais por semana?	① Sim ② Não	
10	Pessoas a sua volta lhe dizem coisas do tipo "você pergunta sempre a mesma coisa", ou falam sobre você esquecer as coisas?	① Sim ② Não	
11	Às vezes você esquece em que dia ou mês estamos?	① Sim ② Não	
12	Fuma cigarros?	① Fumo ② Não fumo ③ Fumava e parei	
13	Costuma sair de casa ao menos 1 vez por semana?	① Sim ② Não	
14	Tem hábito de encontrar familiares ou amigos regularmente?	① Sim ② Não	
15	Quando está mal de saúde, há alguém com quem possa conversar?	① Sim ② Não	